



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

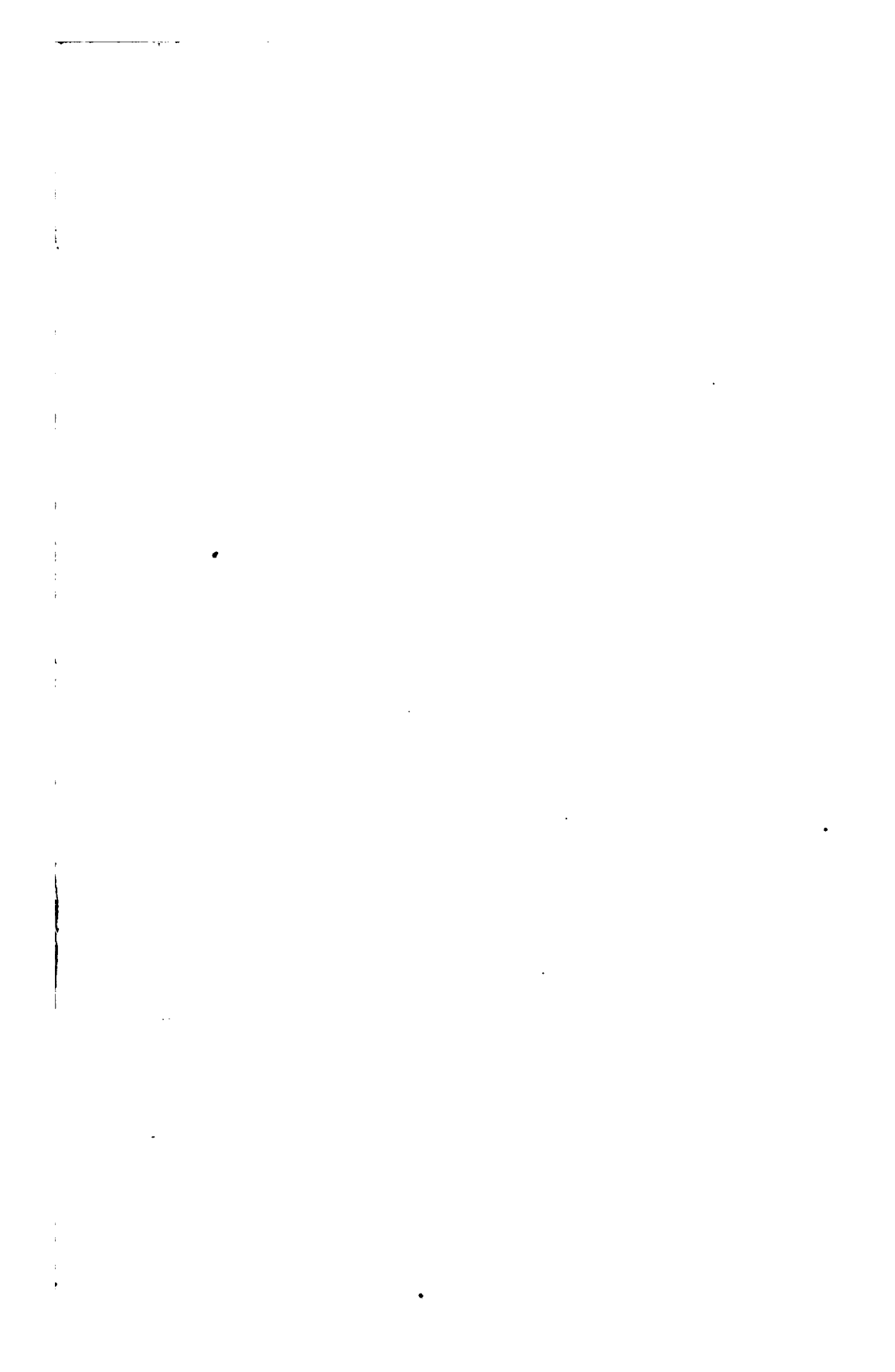
160, a.

160,



1



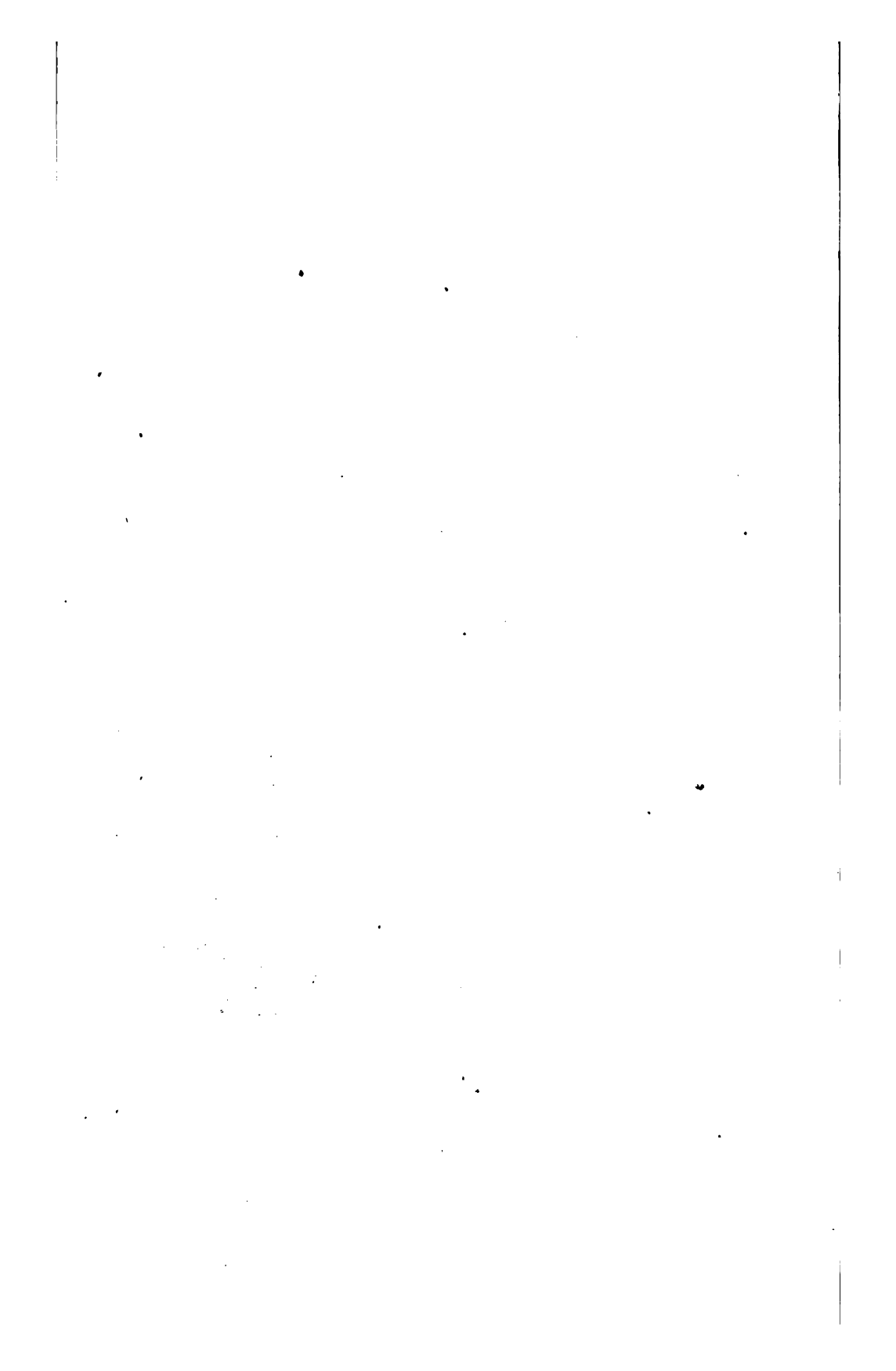




DE
L'ADÉNITE MEÏBOMIENNE

ET

LA PÉRICHONDRITE TARSIIENNE, CONNUE SOUS LE
NOM DE CHALAZION OU GRÉLON DES PAUPIÈRES.



CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR

L'ADÉNITE MEÏBOMIENNE

ET

LA PÉRICHONDRITE TARSIENNE,

CONNUE SOUS LE NOM DE CHALAZION OU GRÊLON
DES PAUPIÈRES ;

MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU CONGRÈS D'OPHTHALMOLOGIE DE BRUXELLES,

(SESSION DE 1857)

PAR LE DR. J.-CHRÉTIEN BENZ,

Professeur, Médecin supérieur des Gardes du corps à pied de S. M. le roi de Danemark,
Chevalier de l'Ordre de Danebrog, Décoré de la croix d'honneur du même Ordre,
Officier de l'Ordre de Léopold (de Belgique), Chevalier de l'Ordre de l'Étoile
polaire (de Suède),
Membre de la Société royale de médecine de Copenhague, de celle
de Stockholm, etc.

COPENHAGUE,

LIBRAIRIE-GYLDENDAL PAR F. HEGEL, LIBRAIRE-ÉDITEUR.

PARIS,

CHEZ A. FRANCK,
LIBRAIRE.

LEIPZIG,

CHEZ T. O. WEIGEL,
LIBRAIRE.

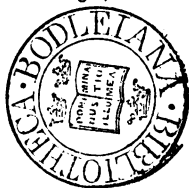
1858.



160. a. 160.

PUBLICATION DU MÊME AUTEUR:

Quelques considérations sur la nature de l'ophthalmie militaire par rapport à son apparition dans l'armée danoise en 1851: Mémoire présenté au Congrès d'ophtalmologie de Bruxelles (session de 1857). — A Copenhague, chez librairie-Gyldendal par F. Hegel, libraire-éditeur; à Paris chez A. Frank, libraire; à Leipzig, chez T. O. Weigel, libraire.



— —

Considérations pratiques sur l'adénite méibomienne et la périchondrite tarsienne, connue sous le nom de chalazion ou grélon des paupières *).

Les affections des glandes méibomiennes sont encore bien loin d'être connues d'une manière satisfaisante. On leur attribue, en effet, des maladies qui, évidemment, sont dues aux affections d'autres parties des paupières, et, d'un autre côté, il y a des maladies qui ont uniquement ces glandes pour point de départ et sont considérées comme dérivant d'une source toute différente. C'est aux rapports anatomiques particuliers sous lesquels se trouvent ces corps, qu'il faut avant tout attribuer l'incertitude qui règne à cet égard. Je m'attacherai à éclaircir plusieurs points de leur pathologie ; mais pour atteindre ce but d'une manière sûre, je ferai précéder mes remarques de quelques considérations sur l'anatomie des parties qui intéressent plus particulièrement notre sujet.

* Extrait des Annales d'Oculistique. Tome XXXIX. — 7^e série. Tome 8^e. — 3^e livraison. Mars 1858.

Considérations anatomiques. — Je traiterai ici des cils, des tarse et des glandes méibomiennes.

Les cils sont implantés à la lèvre externe du bord libre des paupières. Ils naissent de follicules pileux, entourés d'un certain nombre de follicules sébacés qu'on appelle glandes ciliaires *). Ces glandes, qui appartiennent à la classe des glandes racémeuses, s'ouvrent par leurs très-petits conduits excréteurs dans le col des follicules pileux, et y versent leur sécrétion huileuse, destinée à maintenir la souplesse et l'état normal des cils. L'orgeolet, qui siège toujours au bord libre des paupières, résulte uniquement d'une inflammation de ces follicules pileux et des glandes ciliaires qui les avoisinent. Il y a donc une différence bien marquée entre l'orgeolet et le furoncle, celui-ci ayant toujours pour point de départ l'inflammation et la mortification du tissu adipeux qui remplit les aréoles du chorion de la peau; l'orgeolet, au contraire, la distension du follicule pileux par la sécrétion sébacée qu'y versent les glandes ciliaires, et dont l'excrétion est empêchée par une cause quelconque qui ordinairement nous échappe. Comme donc l'orgeolet siège dans le même organe que l'affection des glandes sébacées de la peau, connue sous le nom d'acné Willan, il serait sans doute et plus juste et plus rationnel, au point de vue scientifique, de rejeter le nom d'orgeolet et d'appeler celui-ci tout simplement acné ciliaris. Cette dénomination aurait du moins le grand avantage de désigner nettement la nature et le siège du

*) V. Henri Bendz, Haandbog i den almindelige Anatomie. Kjøbenhavn, 1847; tab. II, fig. 5, et tab. VI, fig. 11.

mal. M. Malgaigne, qui a très-bien saisi ces rapports, s'est néanmoins trompé en supposant que l'orgeolet pourrait bien aussi tirer son origine des glandes meïbomiennes. Comme ses observations sur le siège de l'orgeolet sont très précises, je les citerai ici :

»Telle est donc la structure du bord libre de chaque paupière, dit-il : la peau d'une part, la muqueuse de l'autre ; entre elles, un tissu cellulaire séreux, le cartilage tarse, les follicules des poils probablement en relation avec des follicules sébacés, mais pas d'aréoles adipeuses, aucune de ces conditions dans lesquelles nous avons vu naître le furoncle. On regarde cependant comme de petits furoncles ces tumeurs inflammatoires acuminées connues sous le nom d'orgeolet et qui affectent le bord libre des paupières. Je rejette complètement cette opinion pour les raisons suivantes : l'orgeolet ne renferme jamais de tissu cellulaire mortifié ; l'orgeolet peut être arrêté dans sa marche avant la période de suppuration : il m'a toujours suffi pour cela de l'application de compresses imbibées d'eau froide ; enfin l'orgeolet ne siège pas indifféremment sur la peau des paupières, mais il attaque exclusivement leur bord libre, preuve qu'il y a là une condition spéciale et essentielle à son développement. Je le regarde, pour ma part, comme une affection inflammatoire, tantôt d'un follicule pileux, tantôt d'un follicule de Meïbomius, et sa forme acuminée est due à ce que l'orifice du follicule enflammé est plus étroit que sa cavité. Ce n'est pas autre chose que ces petits boutons rouges et terminés aussi en pointe, qui naissent souvent à la face et aux membres, principalement sur le point d'implantation de quelque poil, et qui

se terminent par une petite suppuration à leur sommet, mais sans bourbillon véritable *)».

Il appert de cela que le chalazion ne saurait reconnaître pour point de départ un orgeolet induré, ce que supposèrent MM. Beer, Himly, Weller, Jüngken, et tous les auteurs qui ont adopté les vues de ces maîtres en ophthalmologie. Le chalazion, en effet, n'apparaît jamais au bord libre des paupières, mais se manifeste toujours sur leur face externe, intimement lié au tarse lui-même.

Les tarses appartiennent aux fibro-cartilages ou faux-cartilages, qui se distinguent des véritables cartilages en ce qu'ils sont composés uniquement de fibres tendineuses et qu'ils sont pourvus de vaisseaux nourriciers et de nerfs. Les tarses peuvent donc s'enflammer, ce qui n'a pas lieu pour les véritables cartilages. Le phénomène inflammatoire le plus essentiel consiste dans le ramollissement de leur tissu, dit chondromalacie. A sa surface interne, le tarse est revêtu de la conjonctive palpébrale, unie à lui au moyen d'un tissu cellulaire très-court et très-serré. On ne voit presque jamais de tumeurs, de quelque nature que ce soit, se développer dans le tissu sous-muqueux de cette région. Il est probable même que la conjonctive lui sert ici de périchondre. Dans les ophthalmies intenses, néanmoins, le tissu sous-muqueux, comme celui de la conjonctive elle-même, peut devenir le siège d'une exsudation abondante qui les fait boursoufler parfois à un degré très-considérable. A

*) Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale*. Paris, 1838; t. 1, p. 351.

sa surface externe, le tarse est recouvert d'une membrane très-fine, fibreuse ou aponévrotique, qui, à la paupière supérieure, tire probablement son origine de l'insertion aponévrotique du muscle élévateur de la paupière supérieure, et à la paupière inférieure, du ligament du tarse ou d'autres aponévroses avoisinantes. C'est entre cette membrane et la surface externe du tarse que siège la tumeur connue sous le nom de grélon ou chala-zion, tumeur qui est produite par une exsudation plastique des deux parois.

Les glandes meïbomiennes qui appartiennent de même à la classe des glandes racémeuses, sont liées aux tarses d'une manière très-intime. Chaque glande s'ouvre à la lèvre interne du bord ciliaire des paupières à travers un conduit excréteur commun qui la parcourt dans toute sa longueur, et autour duquel les acini sont disposés en grappes de raisin, chacun d'eux versant par un conduit excréteur spécial son contenu dans le canal commun de la glande *). A la lèvre interne du bord ciliaire, on voit, à l'oeil nu, les ouvertures de ces conduits excréteurs, et, par la compression avec les doigts du bord des paupières, on fait parfois sortir la matière sébacée qu'elles sécrètent. A la paupière supérieure, où ces glandes sont au nombre de 30 à 40, elles sont et plus longues et plus grosses; à la paupière inférieure, on en compte une vingtaine, mais elles sont bien plus petites. Jusqu'à présent on n'est pas d'accord encore sur la manière dont ces glandes sont logées par rapport

*) V. Henri Bendz, Haandbog i den almindelige Anatomie. Kjøbenhavn, 1847; tab. VI, fig. 12, A, B et C.

au tarse. Toutefois, soit que celui-ci renferme ces canaux dans sa texture, ce que prétendent MM. Zeiss et Henri Bendz, soit que des rainures ou sillons, creusés à la surface interne du cartilage, les logent, ce que prétendent MM. Hippolyte Cloquet et Malgaigne, auquel avis je me range moi-même, il est constant qu'elles se trouvent toujours plus près de la surface interne du tarse, et qu'en retournant les paupières on les voit distinctement à l'oeil nu, comme des séries sablonneuses d'une couleur jaunâtre, aboutissant perpendiculairement au bord libre des paupières.

Un paquet de 3, 4 ou 6 de ces glandes, en s'enflammant dans un point quelconque de leur trajet, donne lieu à une petite tumeur ronde ou oblongue à la surface interne du tarse. Ces tumeurs, qui sont d'une couleur rouge-bleuâtre, ont été décrites par MM. Lisfranc et Carron du Villards *). Il est bien naturel maintenant, qu'à cause de leur intime connexion avec le tarse, celui-ci doit nécessairement participer plus ou moins à l'affection inflammatoire dont elles sont le siège, ce qui peut conduire au ramollissement, à la malacie de son tissu. La phlogose s'étendant ensuite au périchondre qui revêt la face externe du cartilage, il se fait une exsudation plastique entre ces deux parties, qui finit par provoquer une tumeur sous la peau de la paupière. Du périchondre, enfin, la phlogose peut s'étendre aux parties externes de celle-ci, ainsi qu'à la peau elle-même,

*) Carron du Villards, Considérations pratiques sur les tumeurs des paupières. Gazette médicale de Paris, 1833; p. 129.

de telle sorte qu'alors la tumeur, connue sous le nom de chalazion, offre une couleur rouge qui tire un peu sur le bleuâtre. Si, au début, on l'ouvre avec la pointe d'une lancette, il s'écoule un liquide limpide jaunâtre, et la tumeur s'affaisse, pour se remplir bientôt de nouveau; si, au contraire, on pratique cette ouverture après un délai de plusieurs mois, il ne s'écoule que du sang; mais lorsqu'on se met à la comprimer avec les doigts, on fait sortir enfin une matière gélatineuse ou glutineuse qui n'est autre chose que ladite exsudation plastique, épaissie par l'action des vaisseaux absorbants. Cette tumeur, qui est toujours immobile et fermement fixée à la surface du tarse, quelques auteurs *) l'ont appelée chalazion externum, en même temps qu'ils désignent sous le nom de chalazion internum la tumeur de la face interne de la paupière, due à l'engorgement de la conjonctive et des glandes méibomiennes, mais surtout à la déviation du tarse ramolli, refoulé en dedans par la pression non interrompue du contenu de la tumeur externe. Cette pression, causée par le péri-chondre qui ne cesse de se resserrer, par l'action du muscle orbiculaire et des autres parties aponévrotiques de la paupière, finit quelquefois par user le cartilage ramolli et la conjonctive qui le recouvre, de manière à produire une ou plusieurs perforations à travers lesquelles on a vu se faire jour le contenu du chalazion externum, sous forme de fontaines qui s'élèvent de la surface de la conjonctive. M. Mackenzie en donne une description fidèle dans son

*) Chelius, Handbuch der Augenheilkunde. Stuttgart, 1839; t. II. pag. 421.

beau *Traité des maladies de l'oeil*^{*)}). Après cela, il est facile d'expliquer la raison pour laquelle les opérateurs qui préféraient ouvrir le chalazion externum en divisant sa surface interne, devaient nécessairement léser le tarse et y pratiquer une ouverture, et, de l'autre côté, la raison pour laquelle ceux qui s'obstinaient à en entreprendre l'énucléation méthodique, comme s'il s'agissait d'une tumeur enkystée, en l'attaquant par la surface externe de la paupière, tombaient quelquefois, pour ainsi dire à leur insu, à travers le cartilage et la conjonctive palpébrale, ramollis et perforés, ce que j'ai vu deux fois.

Symptômes; marche. — L'adénite meibomienne se présente sous la forme sub-aiguë et sous la forme chronique.

Forme sub-aiguë. — A la face interne de la paupière, on observe une petite tumeur d'une couleur rouge dans la région tarsienne, communément tout près du bord ciliaire, mais aussi, bien que plus rarement, au milieu de cette région ou vers son bord orbital. En général, cette tumeur affecte la forme ronde, d'une dimension variable, depuis celle d'un grain de chènevis jusqu'à celle d'un pois ou d'une lentille. Le malade n'a pas de douleur, à proprement parler; il ressent seulement un léger picotement, et chaque fois qu'il remue la paupière affectée, une sensation de raideur ou de tension. Au bout de quelques jours, un ou plusieurs points blancs se font voir à sa surface; et si maintenant

^{*)} W. Mackenzie, *Traité pratique des maladies de l'oeil*, traduit par MM. Warlomont et Testelin. Paris, 1856; t. I. p. 210.

on comprime la tumeur en appliquant les doigts aux deux surfaces de la paupière, on fait parfois sourdre le pus à travers les ouvertures des glandes meibomiennes, qui correspondent à l'endroit malade; ou bien un petit abcès se forme au milieu de la tumeur, qui, en s'ouvrant d'elle-même ou incisé avec la pointe d'une lancette, verse du pus lié, mais sans bourbillon. Après cet écoulement, la tumeur se dissipe entièrement dans la plupart des cas; cependant, quelquefois le mal ne s'arrête pas là. Dans ces cas, la phlogose, s'étendant au tarse et aux parties externes de la paupière, donne lieu au développement, sur la face externe de celle-ci, d'une tumeur dont le siège correspond exactement à celui de la tumeur interne. La peau qui la recouvre commence bientôt à rougir et à perdre sa mobilité.

Arrivé à ce point, le mal peut se résoudre par l'emploi d'un traitement approprié, ou bien il prend peu à peu la forme chronique. Dans le dernier cas, on voit la tumeur interne se dissiper lentement, ne laissant qu'une rougeur circonscrite, pourvue habituellement d'une petite tache centrale foncée qui répond exactement au milieu du chalazion externum, et celui-ci, de résistant et élastique qu'il était au début, devient dur, la peau qui le couvre regagnant en même temps sa couleur naturelle et sa mobilité. D'autre fois, cependant, on observe tout le contraire; dans des cas de ce genre, c'est la tumeur externe qui diminue peu à peu en durcissant, en même temps que le chalazion internum se développe de plus en plus par les raisons indiquées ci-dessus. C'est dans ces cas qu'on voit se former, sur la surface de la conjonctive intéressée, des fongosités qui saignent facile-

ment quand on les touche avec le bout du doigt ou avec la sonde.

Forme chronique. — La tumeur est interne et bleuâtre; elle se manifeste sans que le malade en ait la moindre conscience. En la comprimant, on fait sortir des ouvertures des glandes meibomiennes une sécrétion sébacée altérée, plus ou moins purulente; mais, ordinairement, il ne s'établit pas de suppuration légitime dans le tissu même des glandes, comme dans les cas d'adénite sub-aiguë. Le mal est éminemment chronique; car il peut persister plusieurs mois, même des années, sans changer de face en aucune manière et sans gêner le malade, qui n'y fait pas grande attention. Dans quelques cas rares, cependant, la phlogose chronique se propage au tarse, ainsi qu'au périchondre qui revêt sa face externe, et donne enfin lieu au développement d'un chalazion externum. Toutefois, la périchondrite n'étant pas assez intense pour s'étendre au tissu sous-cutané et à la peau elle-même, celle-ci conserve habituellement et sa couleur naturelle et sa mobilité. Dans des cas de ce genre, le chalazion externe surpasse de beaucoup en grandeur le chalazion interne, qui ordinairement finit par se dissiper, ne laissant que cette tache foncée qui indique assez exactement le siège du chalazion sur la face externe du cartilage. Cette prédominance de la tumeur externe sur l'interne dans la forme chronique du mal, vient probablement de ce que le travail inflammatoire n'a pas suffisamment ramolli le cartilage pour le faire céder à la pression de la matière exsudée; au contraire, le tarse parait avoir assez de force pour y résister, ce qui favorise la résolution de la tumeur interne.

L'adénite meïbomienne attaque toujours plusieurs glandes à la fois, l'une à côté de l'autre, ordinairement 3, 4 à 6. Le plus souvent elle n'existe qu'en un seul endroit de la même paupière; quelquefois, mais rarement, plusieurs paquets de glandes sont affectés, donnant lieu à autant de chalazions sur la face externe de la paupière. Dans des cas rares, l'adénite peut aussi se développer en deux ou plusieurs endroits sur le trajet du même paquet, de manière à produire deux ou plusieurs de ces tumeurs, l'une au-dessus de l'autre, ce qui arrive presque uniquement à la paupière supérieure, à cause de la grosseur plus considérable des glandes qui y sont situées. Ce sont ces circonstances qui donnent lieu à l'apparition simultanée, chez le même sujet, de plusieurs chalazions disposés quelquefois en chapelet, l'un à côté ou au-dessus de l'autre. Ils sont presque toujours éminemment chroniques et dépendent le plus souvent d'un vice de constitution, qu'il est très-difficile de faire disparaître.

De ce qui précède il est permis de conclure, je pense, que le grélon ou chalazion des paupières ne provient pas d'un orgeolet induré, et qu'il ne constitue pas non plus une tumeur enkystée. Comme M. Boyer, bien qu'il le considère comme une tumeur enkystée, en a donné une description fort fidèle, qui confirme en beaucoup de points ce qu'on vient de lire, je crois ne pouvoir mieux faire que de citer ses paroles en finissant la description de cette affection obscure :

«Les paupières, dit-il, sont assez fréquemment le siège de tumeurs enkystées. Ces tumeurs peuvent occuper tous les points de l'une et de l'autre paupière;

mais le plus souvent elles se montrent vers leurs bords libres. La supérieure en est plus fréquemment affectée que l'inférieure. Elles diffèrent de celles des autres parties en ce que, au lieu d'être placées sous la peau, elles se trouvent au-dessous du muscle orbiculaire, entre ce muscle et le ligament large de la paupière. La couche de tissu cellulaire qui unit ce muscle aux téguments, est trop mince pour devenir le siège de ces tumeurs. Elles varient beaucoup entre elles à raison de leur volume; mais ce volume ne devient jamais fort considérable. Les causes qui les produisent sont aussi obscures que celles qui les déterminent dans les autres parties du corps. On les reconnaît facilement à leur circonscription, à leur rénitence, à leur élasticité, à leur indolence et à la mobilité de la peau saine qui les couvre. Celles de la paupière supérieure sont toujours plus saillantes du côté de la peau que du côté de la conjonctive, qui y adhère fortement et présente une épaisseur assez considérable et une couleur rouge foncée. C'est plutôt à cause de la difformité que ces tumeurs produisent, que de la gêne qu'elles font endurer, que les personnes qui en sont attaquées se décident à réclamer les secours de l'art. Elles sont peu susceptibles de résolution; cependant, on en voit, même d'assez volumineuses, se terminer de cette manière, surtout lorsqu'elles sont récentes. On doit donc, avant de les enlever avec l'instrument tranchant, en tenter la résolution *) «.

*) Boyer, Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Paris, 1822; t. V. p. 256.

Diagnostic. — La tumeur interne que produit l'adénite meibomienne, est assez caractéristique pour faire éviter toute méprise. Au contraire, le chalazion sub-aigu, lorsqu'il siège tout près du bord libre des paupières, peut être confondu avec l'orgeolet; et quand la peau qui couvre le chalazion, a regagné sa couleur et sa mobilité normales, celui-ci peut de même être confondu avec une tumeur enkystée, tirant son origine d'une glande sébacée obstruée; enfin, en revêtant la forme sub-aiguë, le chalazion peut, au début, être confondu avec un furoncle de la paupière. Les signes suivants, qu'offre le diagnostic différentiel dans ces cas, feront aisément distinguer ces affections l'une de l'autre.

Orgeolet.

1. Siège toujours au bord libre des paupières.

2. S'accompagne toujours de symptômes inflammatoires assez intenses, à tel point quelquefois, qu'ils donnent lieu à la fièvre, à l'insomnie, etc.

3. La peau qui couvre la tumeur, est toujours très-rouge et très-enflammée; la tumeur et la rougeur se dissipent à peu près en même temps.

4. N'est accompagné d'aucune affection des glandes meibomiennes avoisinantes.

Chalazion sub-aigu.

1. N'apparaît jamais au bord libre des paupières, mais sur la face externe du tarse, tantôt tout près du bord ciliaire, tantôt à une distance plus ou moins considérable.

2. Ces symptômes sont ou nuls, ou de peu d'intensité.

3. La peau, au début, est d'une couleur rouge-bleuâtre, parfois très-foncée. Ordinairement la tumeur persiste, bien que, depuis longtemps, la peau ait recouvré sa couleur naturelle.

4. Dépend toujours de la phlogose de ces corps, qu'on trouve plus ou moins engorgés à

Orgeolet.

5. Plus fréquent à la paupière inférieure.

Furuncle.

1. S'accompagne de symptômes inflammatoires intenses, parfois d'œdème aigu de presque toute la paupière.

2. Existe très - rarement seul. Ordinairement le malade souffre de plusieurs furoncles à la fois, occupant le visage, le cou ou d'autres parties du corps.

3. Finit presque toujours par s'abcéder, laissant enfin sortir un

Chalazion sub-aigu.

la surface interne de la paupière *).

5. Plus fréquent à la paupière supérieure.

Chalazion sub-aigu.

1. Ces symptômes manquent absolument.

2. Existe seulement aux paupières, notamment à la surface externe du tarse.

3. Livré à lui-même, il ne suppure jamais. Dans des cas très-

*) Dans son travail remarquable sur les conditions anatomiques des maladies oculaires, M. Hasner de Prague avait déjà présumé l'intime connection qui existe entre ces deux affections, sans que, toutefois, cet illustre ophthalmologue se soit prononcé sur la nature intrinsèque, ni sur le mode de développement du chalazion. „An der Entzündung der meibomschen Drüsen, dit-il, nimmt sowohl die Schleimhaut, als der Lidknorpel stets einigen Antheil. Der hyperämische Zustand der Bindehaut fehlt nie, verbreitet sich aber auch niemals weit über die Grenzen der leidenden Drüsen. Der Knorpel dagegen, in welchen die meibomschen Drüsen eingesenkt sind, wird immer in bedeutende Mitleidenschaft gezogen. Eine Anschwellung desselben in der Nachbarschaft begleitet stets das Drüsenleiden; Entzündung, Auflockerung, so wie Bildung von Geschwülsten, treten am Knorpel auf; ja es ist uns sehr wahrscheinlich, dass die vom Knorpel ausgehende Krankheit, welche man Chalazion nennt (mit dem Knorpel zusammenhängende, ein Contentum von verschiedener Consistenz und Farbe enthaltende Bälge), ihre eigentliche Quelle in einem Leiden der meibomschen Drüsen findet.“ — Dr. Jos. Hasner Edler v. Artha, Entwurf einer anatomischen Begründung der Augenkrankheiten; Prag 1847, pag. 243.

Furoncle.

bourbillon; après quoi la tumeur s'affaisse et guérit d'elle-même.

4. N'est jamais accompagné de lésion des glandes meibomiennes, ni de tumeur à la surface interne de la paupière.

Tumeur enkystée.

1. Siége dans le tissu sous-cutané de la paupière; est toujours mobile.

2. Commence par une petite élevation sous la peau, qui grossit indéfiniment et très-lentement.

3. Commence sans que celui qui en est porteur en ait la moindre conscience.

Chalazion sub-aigu.

rare, l'irritation factice provoque la phlogose et la suppuration du tissu cellulaire qui unit le péri-chondre aux parties environnantes, ce qui peut amener la destruction du chalazion: mais il ne sort jamais de bourbillon.

4. S'accompagne toujours de l'affection de ces corps glanduleux.

Chalazion chronique.

1. Siége sur la face externe du tarse; est toujours immobile.

2. Se développe en peu de jours pour diminuer ensuite lentement jusqu'à un certain point, à mesures que se concrète son contenu.

3. Dans les cas de chalazions sub-aigus devenus chroniques, il y a eu, au début, des symptômes subjectifs.

Dans l'affection, connue sous le nom de *blepharitis scrofulosa* ou *ophthalmia tarsi*, toutes les glandes meibomiennes sont affectées, ainsi que la conjonctive qui les couvre, leurs ouvertures, les follicules pileux des cils avec les glandes ciliaires, la peau avoisinante, et, dans beaucoup de cas aussi, les tarses eux-mêmes, auxquels se communique la phlogose des glandes meibomiennes. On n'y rencontre pas les tumeurs circonscrites qui se rattachent au mal dont il s'agit ici.

Causes; pronostic. — L'adénite meibomienne et le chalazion se manifestent rarement chez les enfants;

on les trouve le plus souvent chez des sujets scrofuleux ou chez des individus âgés, dont les organes digestifs sont dans un état maladif, qui souffrent du segnities alvi; de la flatulence, des acidités, des hémorroïdes, de la goutte, des désordres dans le système utérin, enfin chez des individus adonnés aux boissons spiritueuses. Cependant, elles se montrent parfois chez des gens qui paraissent jouir de la meilleure santé du monde, partant sans qu'on puisse les attribuer à une cause quelconque. Je les ai assez souvent observées chez les soldats qui souffraient de l'ophthalmie militaire, bien qu'ordinairement on trouve les glandes méibomiennes intactes dans cette affection.

Quand le mal n'est pas lié à une dyscrasie quelconque, le pronostic est en général bon. Parfois on réussit même à résoudre le chalazion, lorsqu'on l'attaque dès le commencement par un traitement approprié; et l'opération, quand elle est devenue indispensable après de vaines tentatives pour atteindre ce but, est assez assurée et peu compliquée pour promettre un plein succès dans la grande majorité des cas. Chez les dycrasiques, au contraire, il se montre très-chronique et très-opiniâtre. Dans un cas de ce genre, où j'avais opéré avec soin un chalazion d'une grande dimension, un nouveau se développa peu de temps après dans un autre endroit de la même paupière. Chez de tels sujets, il est indispensable de porter remède au vice de la constitution avant d'en venir à l'opération. Selon quelques auteurs, parmi lesquels je citerai M. Weller, il y a même des cas de ce genre qu'il ne faut pas toucher du tout.

«Les grémons, dit-il, qui se forment chez les vieillards cachectiques, malpropres et adonnés aux boissons spiritueuses, peuvent aussi passer à l'état squirreux, si on les traite d'une manière peu convenable. Les chalazions dont la surface est inégale et bosselée, se manifestant chez des personnes affectées d'indurations glanduleuses de mauvaise nature, surtout chez les vieilles filles et après la cessation des règles, peuvent quelquefois, après avoir pris un aspect blafard et avoir été le siège de douleurs pongitives et brulantes, passer à l'état d'ulcères cancéreux. Lorsqu'il existe en même temps un cancer à la mamelle ou à l'utérus, et que le grélon parait manifestement lié à ces affections, on doit, le plus souvent, le considérer comme un *noli me tangere**)».

En général, il n'est pas difficile de combattre ce mal chez les sujets affectés d'ophtalmie militaire. Tantôt il est de nature sub-aiguë; du pus se forme dans la tumeur glanduleuse elle-même, et il s'évacue ou par la compression de ses conduits excréteurs, ou par l'ouverture d'un petit abcès; après quoi le chalazion qui avait déjà commencé à s'établir sur la face externe du tarse, se dissipe en peu de temps. Tantôt, au contraire, celui-ci étant devenu chronique, il faut l'enlever par l'opération très simple que je vais décrire.

Traitement. — Quand l'affection s'annonce avec des phénomènes sub-aigus, on cherche à la combattre par des émissions sanguines locales, par des fomenta-

*) Weller, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, traduit de l'allemand par M. Jallat. Paris, 1828; t. I, p. 113.

tions froides, même glacées; puis on lave fréquemment la tumeur externe avec une solution de muriate d'ammoniaque dans de l'eau (Boyer); on la couvre d'un cataplasme saturnin froid ou tiède, en favorisant l'action de ces remèdes par l'emploi des laxatifs, des bains de pied sinapisés, etc. Il est bon de faire en même temps des frictions sur le chalazion avec l'onguent mercuriel. Quand les signes de suppuration se présentent à la tumeur glanduleuse elle-même, on la favorise en couvrant la paupière d'un cataplasme émollient. On fait sortir le pus en comprimant les glandes enflammées, pour l'évacuer par les ouvertures de leurs conduits excréteurs, ou en ouvrant l'abcès avec la pointe d'une lancette. Le chalazion est-il devenu chronique et la peau qui le recouvre a-t-elle perdu sa rougeur, on peut encore tenter la résolution par des frictions avec la teinture d'iode, l'onguent d'iodure de potassium, ou en le couvrant d'un emplâtre résolutif quelconque. M. Boyer recommande un mélange d'emplâtre de savon et de diachylon gommé. M. Weller conseille des frictions avec une pommade composée de: onguent mercuriel double, un gros; camphre broyé et extrait de ciguë, de chaque douze grains; et après chaque friction il recouvre la partie malade d'un emplâtre de diachylon composé et de ciguë. »En mettant de la persévérance dans l'usage de ces moyens, dit M. Boyer, nous sommes parvenu plusieurs fois à faire disparaître des tumeurs de cette espèce, que leur volume paraissait rendre peu susceptibles de se résoudre«. Moi-même j'en ai obtenu le même effet dans quelques cas rares.

Lorsque la tumeur a résisté à ces tentatives, ou que son volume ne permet pas d'en espérer la résolution, on doit l'enlever avec l'instrument tranchant. Cependant, avant de s'y décider, il faut faire attention à la constitution de l'individu. Quand il n'y a pas de signes qui fassent présumer l'existence d'une dyscrasie quelconque, rien n'empêche l'opération. Si, au contraire, le malade est dyscrasique, il est nécessaire de le soumettre préalablement à un traitement préparatoire. Contre la diathèse scrofuleuse on emploie l'huile de foie de morue et le fer. S'il s'agit d'une digestion dépravée, d'hémorroïdes, de la goutte, on peut avec fruit avoir recours aux eaux minérales, par exemple à l'eau de Kissingen, de Marienbad, de Carlsbad, etc. Dans un cas de ce genre, j'ai obtenu un plein succès de l'usage des pilules de Morison. La malade souffre-t-elle de désordres dans le système utérin, les eaux minérales d'Ems auront de bons effets. En même temps, on doit régler la diète et prendre soin, avant tout, que le ventre soit libre. S'agit-il de sujets âgés qui déjà depuis longtemps ont été adonnés aux boissons spiritueuses, ou qui présentent des signes d'une dyscrasie éminemment prononcée, il faut suivre le conseil de M. Weller, s'abstenir de toute opération, même de tout traitement extérieur, de peur de voir dégénérer en squirrhe ou ulcère cancéreux le chalazion dur et bosselé.

Maintenant, rien de plus simple que l'opération en question, rien de plus inutile que cette foule d'instruments déjà inventés pour y satisfaire. D'abord il faut observer qu'il ne s'agit pas ici de l'extirpation méthodique d'une tumeur enkystée. » Comme le chalazion

n'est pas enkysté, dit avec raison M. Mackenzie, il n'y a pas à songer à pratiquer une opération régulière; s'il l'essaie, l'opérateur échouera probablement dans sa tentative, car la tumeur échappe à la dissection: s'il persiste, il s'expose à enlever un morceau du cartilage et à percer la paupière d'une boutonnière. J'ai vu des cas dans lesquels la paupière avait été fortement endommagée par ces tentatives, dans lesquelles on avait enlevé une partie du cartilage; la paupière était renversée en dedans, ou unie par une bride au globe de l'œil. Je partage entièrement l'opinion du savant auteur, qui se fonde sur la nature du mal et sur les rapports anatomiques des parties intéressées. J'ajoute que, dans un cas, j'ai vu la même chose arriver à un des plus habiles oculistes de Copenhague.

Mais de quel côté faut-il ouvrir le chalazion, du côté interne ou du côté externe de la paupière? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Le savant professeur de Glasgow fait observer qu'en général la tumeur siège plus près de la face interne de la paupière; c'est pourquoi il conseille de renverser celle-ci, de diviser la tumeur dans toute sa longueur à travers le cartilage et de faire sortir son contenu par pression. «La cavité où se trouvait le chalazion se remplit immédiatement de sang, dit-il, ce qui fait que la tumeur parait persister, quoique avec un moindre volume; mais généralement le gonflement, la rougeur et tous les autres signes de la maladie disparaissent complètement». Plusieurs auteurs recommandent le mode d'agir de M. Mackenzie, qui, d'ailleurs, reconnaît lui-même que quelquefois il peut être bon de faire l'incision à travers les

téguments. Toutefois, à mon avis, les raisons suivantes parlent contre cette méthode: 1° le contenu du chalazion ne réside pas entre la conjonctive et le tarse, mais bien entre la face externe de celui-ci et le périchondre; 2° en ouvrant la tumeur du côté interne, il est impossible d'éviter la lésion du tarse, que paraissent redouter presque tous les auteurs; 3° en agissant de la sorte, on n'arrive pas directement au siège du mal.

Dans la plupart des cas, il ne suffit pas d'évacuer simplement la matière gélatineuse du chalazion; il faut, au contraire, favoriser l'occlusion de sa cavité en provoquant la suppuration interne. Or, en y pénétrant à travers l'ouverture faite au tarse, ou l'on risque de ne pas agir assez fortement sur la surface productrice du mal pour amener l'occlusion de sa cavité, ou, en s'endurissant à y introduire le caustique, on s'expose à endommager gravement le cartilage.

Ces raisons nous conduisent nécessairement au seul mode d'agir rationnel, à savoir à attaquer la tumeur du côté externe. Déjà Dionis *) avait donné ce conseil, qui, plus tard, a été suivi et recommandé exclusivement par Scarpa **), Dupuytren, Jüngken ***) et plusieurs autres auteurs. C'est la méthode de Dupuytren que je préfère. En suivant la clinique de ce grand maître pendant mes

*) Dionis, Cours d'opérations de chirurgie. Paris, 1714; p. 447.

***) Scarpa, Praktische Abhandlung über die Augenkrankheiten. Nach der französischen Ausgabe des Bürgers Leveillé übersetzt von Martens. Leipzig, 1803; t. I. p. 134.

****) Jüngken, Die Lehre von den Augenoperationen. Berlin, 1829; pag. 168.

études à Paris en 1828-29, je la lui ai vu pratiquer avec cette incomparable habileté qui le distinguait.

Pour tout appareil, on se sert d'une bonne lancette et d'un crayon de nitrate d'argent à pointe émoussée. Le malade étant assis sur un siège, et un aide placé derrière lui ayant fixé la tête, l'opérateur introduit le bout du doigt indicateur de la main gauche sous la paupière à opérer, qu'il soulève de manière à tendre fortement la peau. Par ce procédé on empêche le saignement de la plaie, autrement assez copieux. Cela fait, on incise le chalazion avec la lancette, en en fendant la paroi antérieure dans toute sa longueur, puis on le comprime pour faire sortir son contenu, ce qui, ordinairement, est assez facile. Le premier temps de l'opération fini, on introduit le crayon de nitrate d'argent, qu'on promène latéralement dans tous les sens, afin de cautériser suffisamment la surface intérieure de la tumeur. En cautérisant, il faut éviter de faire agir le caustique perpendiculairement sur la paroi postérieure du chalazion, c'est-à-dire perpendiculairement sur le tarse lui-même, qui, s'il n'est déjà perforé par des fongosités, a presque toujours subi un ramollissement notable tel, qu'un mouvement un peu brusque avec le crayon dans ce sens-là pourrait fort bien amener ce résultat. Après la cautérisation on couvre la tumeur d'un morceau d'emplâtre de diachylon gommé. La suppuration établie, on doit la favoriser par l'application d'un cataplasme émollient. Après quatre ou cinq jours, le périchondre mortifié, détaché par la suppuration, se présente à l'ouverture de la plaie déjà rétrécie considérablement. Quand on s'est bien assuré qu'on peut l'enlever sans tirailler les parties

internes très-sensibles de la paupière, on l'ôte avec une pince. Le mal arrivé à ce point, la suppuration se tarit avec une extrême rapidité, et on voit la petite plaie se fermer au moyen d'une cicatrice linéaire, en même temps qu'à la surface interne de la paupière il se forme une cicatrice profonde, justement à l'endroit où auparavant on avait observé ladite tache foncée. Cette cicatrice, qui résulte de la concrétion intime de la conjonctive palpébrale et du tarse lui-même d'une part, des parties externes de la paupière de l'autre, produit quelquefois un recoquillement temporaire du tarse, qui empêche de renverser complètement la paupière. Ce petit inconvénient, je l'ai vu se dissiper dans tous les cas : jamais je n'ai observé d'induration du tarse après cette opération. Ayant pénétré par ce procédé directement au foyer du mal, on voit disparaître comme par enchantement toute la tumeur interne de la paupière, de quelque dimension qu'elle fût auparavant.

FIN.

